

MODULO RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

AL CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI
"ALTA IRPINIA"
Via Torricella n. 5
83047 - Lioni (AV)

Oggetto: richiesta di erogazione assegno di cura Decreto Dirigenziale n. 884 del 29.09.2014

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/ a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Tel _____

Documento d'Identità n. _____

Codice fiscale _____

CHIEDE

- PER SE'
- IN QUALITA' DI:
 - TUTORE GIURIDICO DELLA PERSONA INTERESSATA
 - GENITORE DI MINORE
 - CURATORE
 - AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
 - ALTRO FAMILIARE DELEGATO FORMALMENTE

L'Attribuzione di un Assegno di cura a valere sul FNA 2013, ai sensi del Decreto Dirigenziale Regione Campania n. 884/2014;

A favore di:

Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Tel _____

Documento d'Identità n. _____

Codice Fiscale _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.Lgs n. 445/2000, art. 76, in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.lgs.,

DICHIARA

Che i dati e le informazioni relative alla persona interessata all'assegno di cura sono i seguenti:

E' affetto/a da _____

Nome e Cognome del medico di base _____

Indirizzo _____

Tel _____ e mail _____

Distretto Sanitario _____ ASL di _____

Riceve dall'ASL le seguenti cure/prestazioni sanitarie o sociosanitarie:

Riceve dall'Ambito Territoriale A3 le seguenti prestazioni sociali o socio sanitarie:

Si rende disponibile ad essere sottoposto a valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Integrata.

Dichiara di essere consapevole che l'eventuale accettazione di un assegno di cura risulta sostitutiva di ogni altra prestazione a carattere sociale.

Si impegna a firmare la scheda di valutazione inclusa del progetto personalizzato formulato dall'UVI.

Il familiare/parente di riferimento contattabile è:

Nome e cognome _____

N. tel. _____

Informa della modalità di pagamento ai fini dell'eventuale erogazione dell'assegno di cura:

Conto corrente postale o bancario

IBAN _____

INTESTATO A _____

Allega alla presente:

- ❖ certificazione medica
- ❖ documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto richiedente
- ❖ documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto potenzialmente beneficiario (se differente dal richiedente)
- ❖ delega del potenziale beneficiario
- ❖ altro:

Lì _____

IN FEDE

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/03 e autorizza il Consorzio dei Servizi Sociali “Alta Irpinia” al trattamento ed elaborazione dei dati forniti per finalità della domanda.

Lì _____

IN FEDE
